

FICHE D'INSCRIPTION

ENFANCE – JEUNESSE 2026 -2027

Les pièces ci-dessous sont à déposer sur votre portail famille Inoé après avoir transmis cette fiche de renseignements auprès de la PARTAGERAIE :

- Photocopie du DT POLIO avant 2018 et des 11 vaccins obligatoires à partir de 2018 (carnet de vaccination)
- Attestation de Quotient Familial (QF) CAF datant de moins de 2 mois
- PAI / AEEH si nécessaire
- Test d'aisance aquatique (uniquement pour la jeunesse)

PARENT 1

MR ☐ MME ☐

Nom :
 Prénom :
 Profession :
 Employeur :
 Tel fixe :
 Tel portable ;
 Tel travail :
 Adresse :

 Situation familiale :
 N° sécurité sociale :
 Mutuelle :
 Email :
 N°Allocataire :
 MSA ☐ CAF de la Savoie ☐
 Quotient familial :

PARENT 2

MR ☐ MME ☐

Nom :
 Prénom :
 Profession :
 Employeur :
 Tel fixe :
 Tel portable ;
 Tel travail :
 Adresse :

 Situation familiale :
 N° sécurité sociale :
 Mutuelle :
 Email :
 N°Allocataire :
 MSA ☐ CAF de la Savoie ☐
 Quotient familial :

Souhaitez-vous être ajouter à la liste de nos bénévoles ?

OUI ☐ NON ☐

Personnes autorisés ou interdites à récupérer votre enfant

Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien de parenté
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			

Enfant

Nom : Prénom :

Garçon ☐ Fille ☐

Date de naissance :

Lieu :

Classe :

Etablissement scolaire :

Régime alimentaire :

Sans Porc ☐ Sans viande ☐

Autres :

Enfant en situation de handicap ☐ oui ☐ non Si oui, bénéficie-t-il ☐ AEEH ☐ PAI

J'autorise mon enfant à rentrer seul après la fin des activités du centre de loisirs (à partir de 17h)

OUI ☐

NON ☐

Renseignements concernant votre enfant :

Si votre enfant dispose d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), merci de nous transmettre obligatoirement le protocole, l'ordonnance ainsi que la trousse avec le traitement. (Dans emballage d'origine avec nom de l'enfant), et ce pour chaque année scolaire.

- Médecin traitant : N°téléphone.....

Adresse :

- Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ?

Aucun traitement ne pourra être administré sans ordonnance établi par un médecin.

-Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (cocher les cases)

Rubéole	☐	Varicelle	☐	Angines	☐	Rhumatismes	☐	Scarlatine	☐
Coqueluche	☐	Otites	☐	Rougeole	☐	Oreillons	☐		☐

-Votre enfant a-t-il les allergies suivantes ? : (cocher les cases)

➤ **Asthme** : oui ☐ non ☐

➤ **Alimentaires** : oui ☐ non ☐ : Si oui, lesquelles ?

➤ **Médicamenteuses** : oui ☐ non ☐ : Si oui, lesquelles ?

➤ **Autres** : oui ☐ non ☐ : Si oui, lesquelles ?

Recommandations des parents :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire, difficultés à prendre en compte.....

Autorisation du responsable légal de l'enfant :

☐ Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'association à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

☐ J'autorise mes enfants à participer aux animations organisées par la PARTAGERAIE et à prendre les moyens de transports proposés par l'Association.

☐ J'autorise la PARTAGERAIE :

➤ à prendre mon enfant en photo et utiliser ces dernières à des fins de communication propres à l'association (site internet, presse, exposition, événement, réseau sociaux, ...).

➤ à consulter notre dossier allocataire sur notre compte AFAS de la CAF et à accéder directement aux informations afin de mettre à jour nos données dans notre espace famille.

☐ Je certifie avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur enfance et/ou jeunesse de la PARTAGERAIE, consultable sur son site internet.

Les dossiers sont valables jusqu'au 31 août 2027.

Pour une première inscription, une fois le dossier transmis à la PARTAGERAIE, un identifiant et mot de passe vous seront communiqués par mail pour accéder à votre portail famille Inoé.

Signature : précédé de la mention « lu et approuvé »